

REFLEXION A PROPOS DE LA MORTI - NATALITÉ
A L'HOPITAL DE MUSTAPHA
STATISTIQUES PORTANT SUR LES 3 DERNIÈRES ANNÉES

T H E S E

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ "MENTION MEDECINE"

présentée et soutenue publiquement le 25 Septembre 1972

par

M. HADJISLAM Ghassan

Né le 23 Mai 1944 à Damas - SYRIE

Membres du Jury

MM. **M. BONAFOS**, Professeur de Clinique Obstétrique et Gynécologique. } **Président**

B. KHATI, Professeur de Pédiatrie et Puériculture }

Mlle **J. BELKHODJA**, Maître de Conférence Agrégé (Gynécologie et Obstétrique) } **Juges**

Mme **M. LALIAM**, Chef de Service (Gynécologie et Obstétrique) }

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Qu les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.



JE DEDIE CETTE THESE,

A mes parents

Faible témoignage de ma très grande affection et
de ma reconnaissance, pour tout ce que je leur dois;

A mes frères et soeurs

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon profond attachement.

A ma femme

Qui m'a tant aidé et soutenu dans cette tâche et que
j'assure de ma grande tendresse.

... à mon fils

A mes amis

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONAFOS

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette
thèse et nous faire le grand honneur d'en ac-
cepter la Présidence.

Pour l'accueil bienveillant qu'il nous a
réservé dans son service, pour le bénéfice que
nous avons tiré de son bel enseignement,

Nous lui devons une profonde reconnaissance
et nous l'assurons de notre respectueuse admira-
tion.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KHATI

Sa haute compétence, son obligeance et ses conseils éclairés, nous ont été d'un précieux secours.

L'accueil spontané qu'il nous a réservé dans son service parfaitement organisé, la clarté de ses observations et le bénéfice que nous avons tiré de sa grande expérience nous ont encouragé dans notre tâche.

Qu'il veuille bien recevoir, ici, nos remerciements très chaleureux ainsi que l'assurance de nos sentiments de très vive gratitude.

A MADemoisELLE LE PROFESSEUR BELKHODJA

Qui nous fait l'honneur de juger cette thèse.

L'accueil qu'elle nous a réservé dans son service et la portée de son enseignement sont l'objet de toute notre reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR LALIAME

Nous n'avons pas eu la chance de faire un stage dans son service.

Nous avons eu le privilège d'apprécier le sérieux de son travail et sa grandeur morale.

Nous avons été profondément touché par la spontanéité avec laquelle elle a accepté de faire partie de notre Jury de thèse, nous l'en remercions.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAHRAÏ

— — — — —

Nous lui devons le meilleur de notre thèse.

Il nous a très obligeamment orienté, et
nous a prodigué tous les précieux conseils
nécessaires à l'élaboration de cette thèse.

Nous n'oublierons pas l'atmosphère amicale
et stimulante qu'il a bien voulu créer pour
nous.

Puissent ces quelques mots lui prouver no-
tre très sincère reconnaissance.

A TOUS NOS MAÎTRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX D'ALGER.

Qui nous ont accueilli dans leur
service hospitalier et qui nous
ont fait bénéficier de leurs con-
naissances et de leur expérience
clinique.

- I -

I

I N T R O D U C T I O N

Ce travail nous a été inspiré par la fréquence relative de la morti-natalité à la maternité du C. H. U. de MUSTAPHA évaluée à 6,22% des naissances, alors qu'en France, elle serait de 1,03% (BARDONNET, thèse Lyon 1966).

Nous avons retenu dans le cadre de notre étude les cas de mortalité prénatale y compris et surtout ceux intervenus en cours de parturition et qui retiendront plus particulièrement notre attention.

Dans nombre de cas, en effet, les bruits du coeur foetal sont perçus par la sage-femme ou le Médecin. Par une ou plusieurs fois le portogramme en portele témoignage. C'est bien pendant le travail que l'enfant a décédé.

Sommes-nous responsables de ces morts intervenues en cours d'accouchement et dans quelles mesures ?

Nous ne pensons pas Refaire ici le procès de certaines interventions obstétricales de mauvaise indication ou de mauvaise application, mais il est des cas où l'évolution de l'accouchement semble normale tant sur le plan mécanique que physiologique et où l'enfant succombe.

Comment l'expliquer ? Que pouvons-nous faire pour les éviter ?

Ce sera l'objet de notre conclusion.

Nous avons adopté pour celà le plan suivant :

Après la présentation du matériel d'étude et la limitation de la question, nous envisageons les facteurs étiologiques en confrontant nos résultats avec ceux de la littérature.

Puis nous aborderons le problème prophylactique et nous terminerons notre étude sur la mortalité-natalité en insistant sur les éléments essentiels que notre travail nous aura permis de dégager.

II

 A T E R I E L  E T U D E

5

Nous avons procédé à une enquête rétrospective qui a porté sur 22.199 accouchements ayant eu lieu du 1er JANVIER 1969 au 1er JANVIER 1972 à la clinique obstétricale et gynécologique d'Alger.

Nous avons adopté la définition suivante :

la morti-natalité est celle qui frappe après le 6^e mois de la grossesse révolu à dater du ~~premier~~ premier jour des dernières règles et tous les enfants qui naissent sans Battements cardiaques et sans respiration, elle comprend :

- la mortalité pré-partum qui frappe le fœtus pendant la grossesse.
- la mortalité per-partum qui frappe le fœtus pendant le travail.

Afin de corriger, par le poids, les inévitables erreurs commises dans l'évaluation de la durée de la grossesse, nous prenons comme critère précis le 6^e mois révolu ou le poids de 1000 grammes.

Nous éliminons ainsi les avortements et la mortalité néonatale qui frappe les nouveau-nés ayant respiré et ayant eu des battements cardiaques.

Ne prenant en considération que cette définition, nous avons dénombré 1382 cas d'enfants mort-nés, soit un pourcentage de 6,22%

Ces 1382 cas se répartissent comme suit :

- 553 observations d'exitus pendant la grossesse et avant tout début de travail, soit un pourcentage de 2,49% par rapport aux naissances et de 40,01% par rapport au mort-nés.

- 715 foetus sont morts pendant le travail, soit un pourcentage de 3,22% par rapport aux naissances et de 51,74% par rapport aux mort-nés.

- 114 cas de mort-nés se sont produits à un moment imprécis, soit un pourcentage de 0,51% par rapport aux naissances et de 8,25% par rapport aux mort-nés.

Nous avons fait la même enquête rétrospective dans une autre maternité beaucoup moins équipée que la clinique précédentes, qui ne reçoit pas les gestantes présentant une complication de travail et qui sont dirigées sur ALGER.

Notre étude a porté sur la même période de 3 ans et a relevé 4611 naissances du 1er JANVIER 1969 au 1er JANVIER 1972, 148 mort-nés ont été dénombrés, soit un pourcentage plus favorable de 3,20%.

Les dossiers ici sont trop sommaires et n'ont pas permis de préciser quelle est la part qui revient au pré et à l'intrapartum.

III

E T I O L O G I E

Dans ce chapitre étiologique nous allons étudier :

A - la fréquence générale

- de la morti-natalité
- de la mortalité pré-partum
- et de la mortalité per-partum.

B - les causes générales favorisantes

- l'influence du sexe
- l'influence de la légitimité et de l'illégitimité .
- l'influence de l'âge de la mère.
- l'influence de la parité.
- l'influence saisonnière.

C - les causes déterminantes

- les causes déterminantes de la mortalité pré-partum
- les causes déterminantes de la mortalité per-partum.

A) FREQUENCE GENERALE :

La clinique obstétricale et gynécologique d'Alger reçoit trois groupes de gestantes :

- le premier représenté par des gestantes qui viennent soit pour une prise anormale du poids, soit pour une symptomatologie Hypertensive, soit pour une absence des mouvements fœtaux, donc pour une pathologie du 3^e trimestre de la grossesse. Ces gestantes subissent un examen clinique et biologique complet, un diagnostic est posé et un traitement est entrepris.

- le deuxième concerne les parturientes qui viennent pour un accouchement alors que le travail est assez avancé. Les examens biologiques sont rarement faits et le diagnostic de la cause de la morti-natalité rarement posé.

- le troisième comprend les malades évacuées des autres cliniques pour une complication de travail. Ces malades reçoivent le traitement de suvetage et sortent avant l'établissement d'un diagnostic.

Les difficultés que nous avons rencontrées ne se limitent pas seulement au diagnostic, mais elles s'étendent aussi à la répartition de la morti-natalité entre les deux variétés (pré-partum et per-partum).

C'est pourquoi nous avons divisé la morti-natalité en trois variétés :

- la morti-natalité pré-partum (mort du fœtus pendant le dernier trimestre de la grossesse)
- la mortalité intra-partum (mort du fœtus pendant le travail).

- la mortalité qui se produit à un moment qui n'a pu être précisé du fait que la gestante a été admise alors que le travail était très avancé.

Pendant la grossesse, nous avons retenu comme signes de mort foetale :

- l'arrêt de la perception des mouvements actifs.
- la diminution de la hauteur utérine.
- la montée laiteuse.
- l'affaïssement des varices ou la disparition d'éventuels signes de néphropathies.
- l'examen note la disparition des bruits du coeur foetal.
- l'utérus prend une consistance molle, ses contours sont moins nets. Parfois la palpation de la tête révèle une crépitation due à la mobilisation des écailles osseuses de la voûte affaïssée dont les bords se chevauchent au lieu d'être maintenus à distance les uns des autres par la tension du contenu intracrâniens.
- la radiographie montre dans les rétentions tardives le chevauchement des os du crâne et la courbure prononcée ou l'angulation du Rachis (signe de SPALDING).
- taux de prolans, examens répétés tous les 15 jours.
- les autres examens (frottis vaginaux, taux des hormones stéroïdiennes) n'ont pu être pratiqués dans le service, faute de moyens matériels et humains.

En retenant cette symptomatologie, nous avons trouvé 1382 mort-nés (Tableau I) dont :

- 553 observations d'exitus pendant la grossesse et avant tout dé-

but de travail, soit (2,49%) par rapport aux naissances et (40,01%) par rapport aux mort-nés.

- 715 foetus sont morts pendant le travail, soit (3,22%) par rapport aux naissances et (51,74%) par rapport aux mort-nés.

- 114 cas de mort-nés se sont produits à un moment imprécis, soit (0,51%) par rapport aux naissances et (8,25%) par rapport aux mort-nés.

V A R I E T E S	N O M B R E D E C A S	% P A R R A P P O R T A U X M O R T - N É S	% P A R R A P P O R T A U X N A I S S A N C E S
Pré-partum	553	40,01%	2,49%
Per-partum	715	51,74%	3,22%
Non précisée	114	8,25%	0,51%
Totaux	1382		6,22%

TABLEAU I : Les trois variétés de morti-natalité

Le taux de morti-natalité n'a marqué aucune diminution depuis 1969, restant relativement inchangé en 1971.

Nous avons trouvé un pourcentage de 6,23% pour l'année 1969, 6,27% pour l'année 1970 et 6,17% pour l'année 1971 par rapport aux naissances.

A N N E E	NAISSANCES	MORTI-NATALI TE	%
1969	7170	447	6,23%
1970	6720	422	6,27%
1971	8309	513	6,17%
TOTAUX	22.199	1382	6,22%

TABLEAU II

B) CAUSES GENERALES FAVORISANTES

I) L'INFLUENCE DU SEXE

Madame G. BARDONNET, dans sa thèse "Fréquence et Cause de la mort du fœtus en fin de grossesse et pendant le travail", a noté 53% de garçon contre 47% de filles.

M. LACOMME, sur les 17.689 mort-nés (y compris les faux mort-nés) noté 7806 filles soit (44,2%) et 9883 garçons soit (55,8%) et il trouve dans l'ensemble des naissances 105 garçons pour 100 filles.

R. MERGER trouve 56% de garçons contre 44% de filles et il compte à la naissance 105 garçons pour 100 filles.

Dans notre étude (Tableau III), sur 1382 mort-nés, nous avons trouvé 753 garçons soit 54,5% contre 625 filles soit 45,2%. Les 0,3% restants correspondent aux 4 mort-nés de sexe ambigu non défini.

Cette différence ne s'explique pas par des naissances plus nombreuses de garçons car nous n'avons compté que 106 garçons pour 100 filles.

Cet excès de la mortalité masculine pourrait être lié à des facteurs léthaux liés au sexe.

2) INFLUENCE DE LA LEGITIMITE ET DE L'ILLEGITIMITE

Le tableau IV montre :

- 1°) Le pourcentage plus élevé des mort-nés (grossesse illégitime) 8,82% par rapport aux mort-nés (grossesse légitime) 6,17%. Sur 52 cas de mort-natalité sur grossesse illégitime, nous avons trouvé 29 cas de mort-nés in utéro soit 55,77%, contre 23 cas de mort pen-

dant le travail, soit 44,23%.

- 2°) l'influence constante de l'illégitimité sur la mort-natalité.

Cette sur mortalité des enfants illégitimes peut être liée :

- aux conditions de vie différentes de la femme pendant la grossesse et l'accouchement.

- aux tares dont sont particulièrement atteints les individus se trouvant hors des lois.

A N N E E	ENSEMBLE DES ENFANTS	ENFANTS ILLEGITIMES	ENFANTS LEGITIMES
1969	6,23%	6,17%	8,92%
1970	6,27%	6,20%	8,82%
1971	6,17%	6,10%	8,76%
TOTAUX	6,22%	6,15%	8,33%

TABLEAU IV :

Le Taux de la mort-natalité en fonction de l'illégitimité et de la légitimité

ANNEE	S E X E	NOMBRE DE MORT-NES	%
1969	les deux sexes	447	
	le sexe masculin	253	56,6%
	le sexe féminin	192	43%
	Sexe non défini	2	0,4%
1970	Les deux sexes	422	
	Le sexe masculin	228	54%
	Le sexe féminin	192	45,5%
	Sexe non défini	2	0,5%
1971	Les deux sexes	513	
	Le sexe masculin	272	53%
	Le sexe féminin	241	47%
	Sexe non défini		
TOTAUX	Les deux sexes	1382	
	Sexe masculin	753	54,5%
	Sexe féminin	625	45,2%
	Sexe non défini	4	0,3%

TABEAU III : Le taux de la murti-natalité en fonction du sexe

3) INFLUENCE DE LA PARITE

La courbe I nous permet de constater :

d'abord la surmortalité des premiers nés, en second lieu, elle montre que la mortalité décroît au second enfant, puis va croissant pour dépasser même le niveau de la première naissance à partir de la huitième et cela à peu près dans chaque tranche d'âge (chez la femme jeune, comme chez la femme âgée).

Cette mortalité chez les grandes multipares peut être expliquée par le fait que les familles nombreuses usent biologiquement la mère, peu favorables à la surveillance médicale, sont plus fréquente dans les classes pauvres. Ces facteurs rendent l'accouchement de la grande multipare plus foeticide.

4) INFLUENCE DE L'ÂGE DE LA MÈRE

Faute de retrouver dans les dossiers l'âge du père, nous retenons l'élévation de la morti-natalité en fonction de l'âge qui est signalée par tous les auteurs; En effet, pour LACOMME, la mortalité in utéro passe de 0,3% avant 20 ans à 5,9% après 40 ans.

Dans notre étude nous avons constaté :

- en premier lieu l'élévation du taux de la morti-natalité avant 21 ans, il dépasse 6,2%.
- en second lieu ce taux de la morti-natalité subit une baisse relative pour atteindre 4,1% à 28 ans. Au delà de 28 ans il augmente brutalement pour aboutir à 12,5% à l'âge de 45 ans, c'est-à-dire qu'il est multiplié par 2. Cette élévation touche essentiellement la mortalité pré-partum qui passe de 2,2% avant 21 ans à 8,7%

après 45 ans, presque multipliée par 4, alors que la mortalité per-partum rest plus élevée avant 21 ans (courbe II et Graphique I)

Nous comprenons maintenant le rôle que peut jouer le terrain maternel sur l'augmentation de la mortalité pré-partum et la mortalité per-partum.

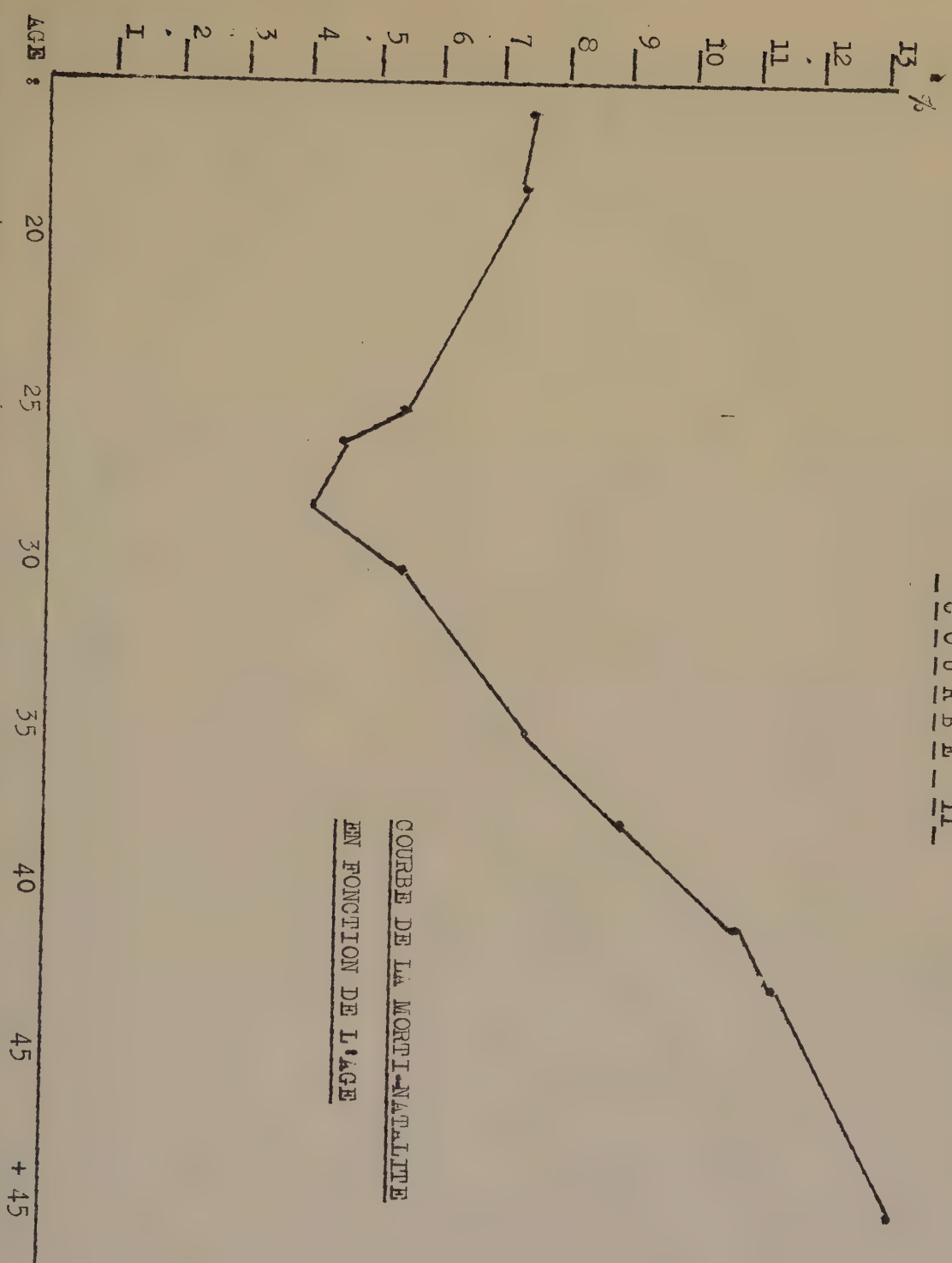
Ce terrain maternel défavorable à la grossesse et à l'accouchement, s'il ne tue pas le fœtus avant le travail, il le fragilise et le fœtus devient un candidat à la mort : il mourra au moment de l'accouchement, car les contractions utérines normales ne tuent que les fœtus qui ont souffert et qui ne supportent pas l'ischémie relative d'une contraction utérine normale.

5) INFLUENCE SAISONNIER

Il ne semble pas qu'il existe une influence de saisons sur la mortalité fœtale.

Les trois graphiques II - III et IV concernant la répartition mensuelle du taux de la morti-natalité, montrent une variation irrégulière de ce taux.

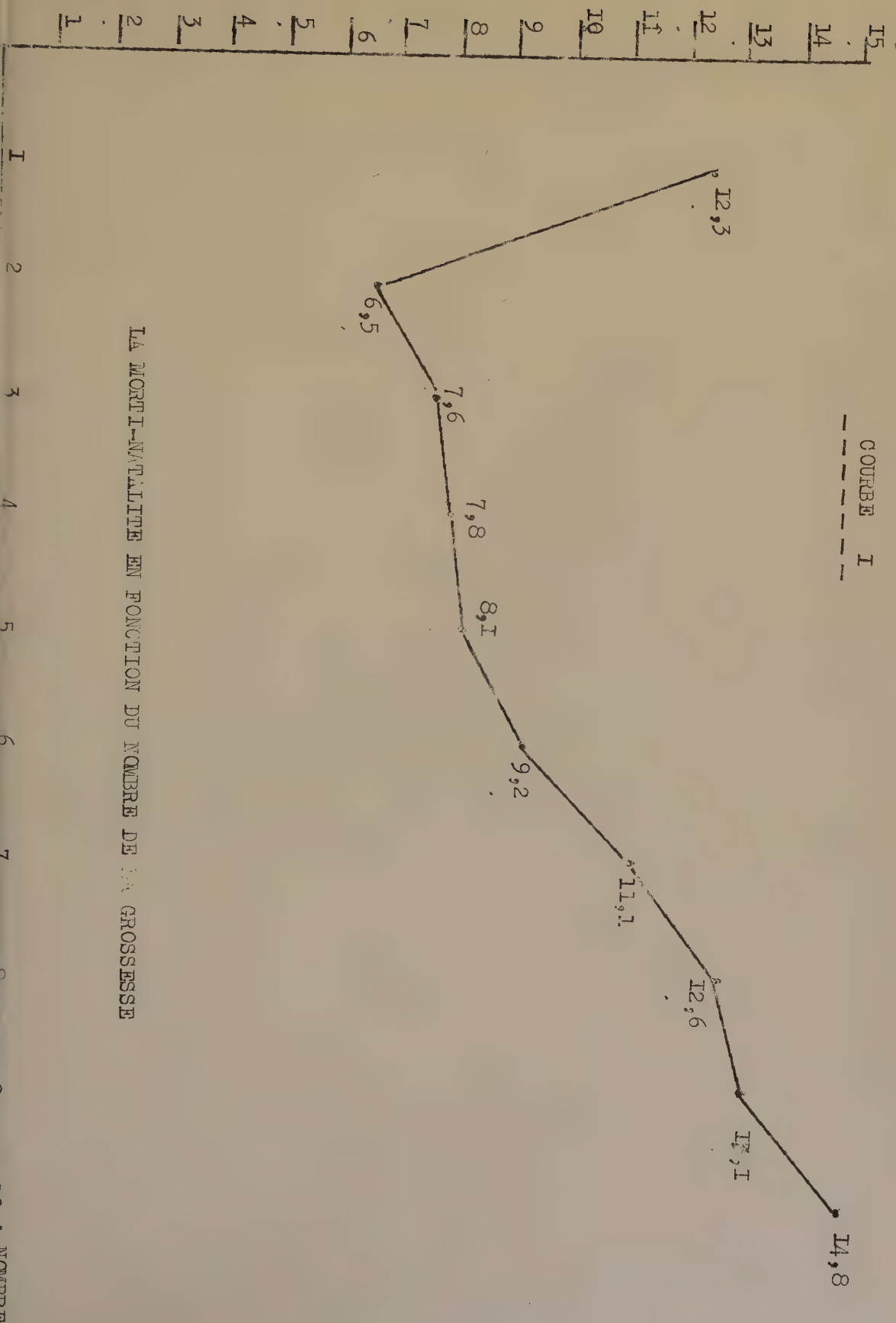
C O U R B E I I



C O U R B E D E L A M O R T I - N A T A L I T E
E N F O N C T I O N D E L ' A G E

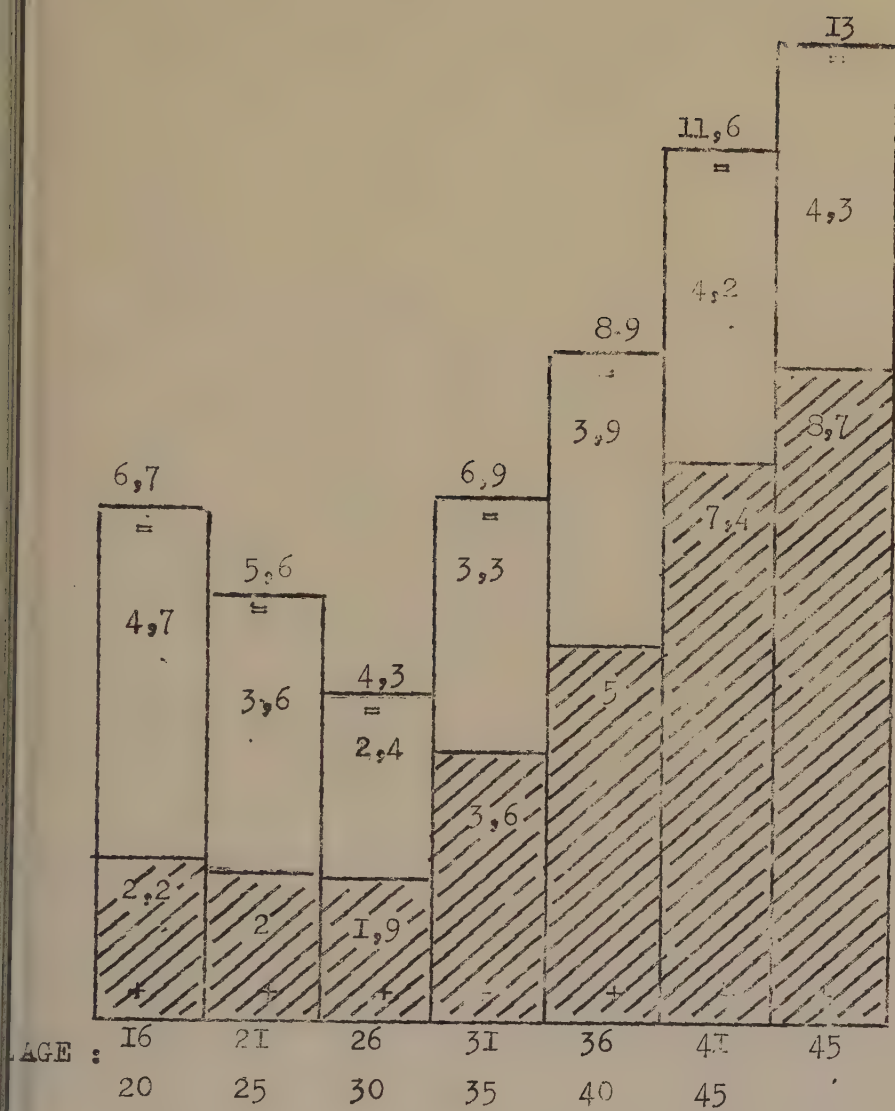
LA MORTI-MALALITE

--- COURBE I ---



LA MORTI-MALALITE EN FONCTION DU NOMBRE DE LA GROSSESSE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : NOMBRE

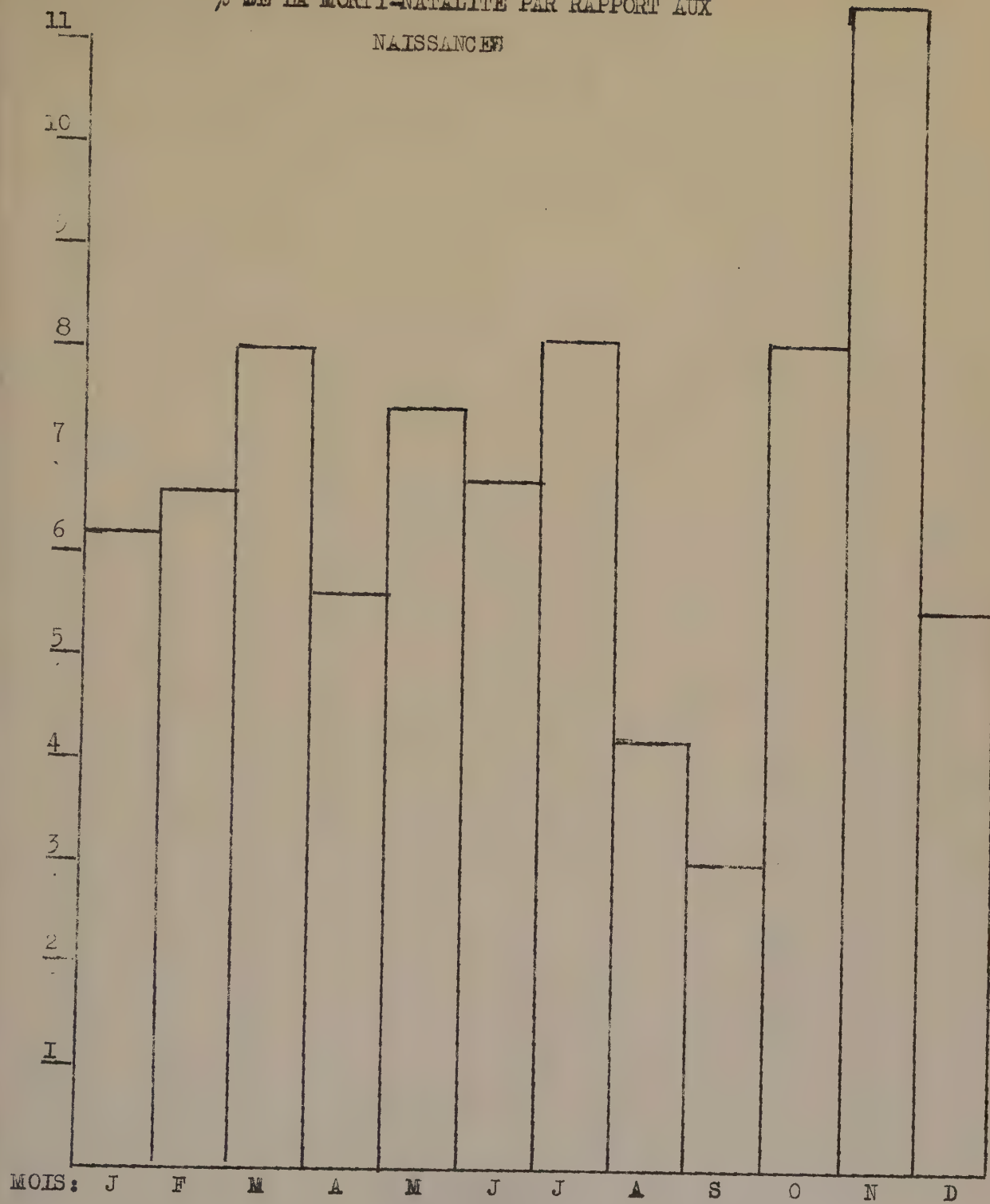


GRAPHIQUE I

= Mortalité per-partum

+ Mortalité pré-partum

% DE LA MORTI-NATALITE PAR RAPPORT AUX
 NAISSANCES

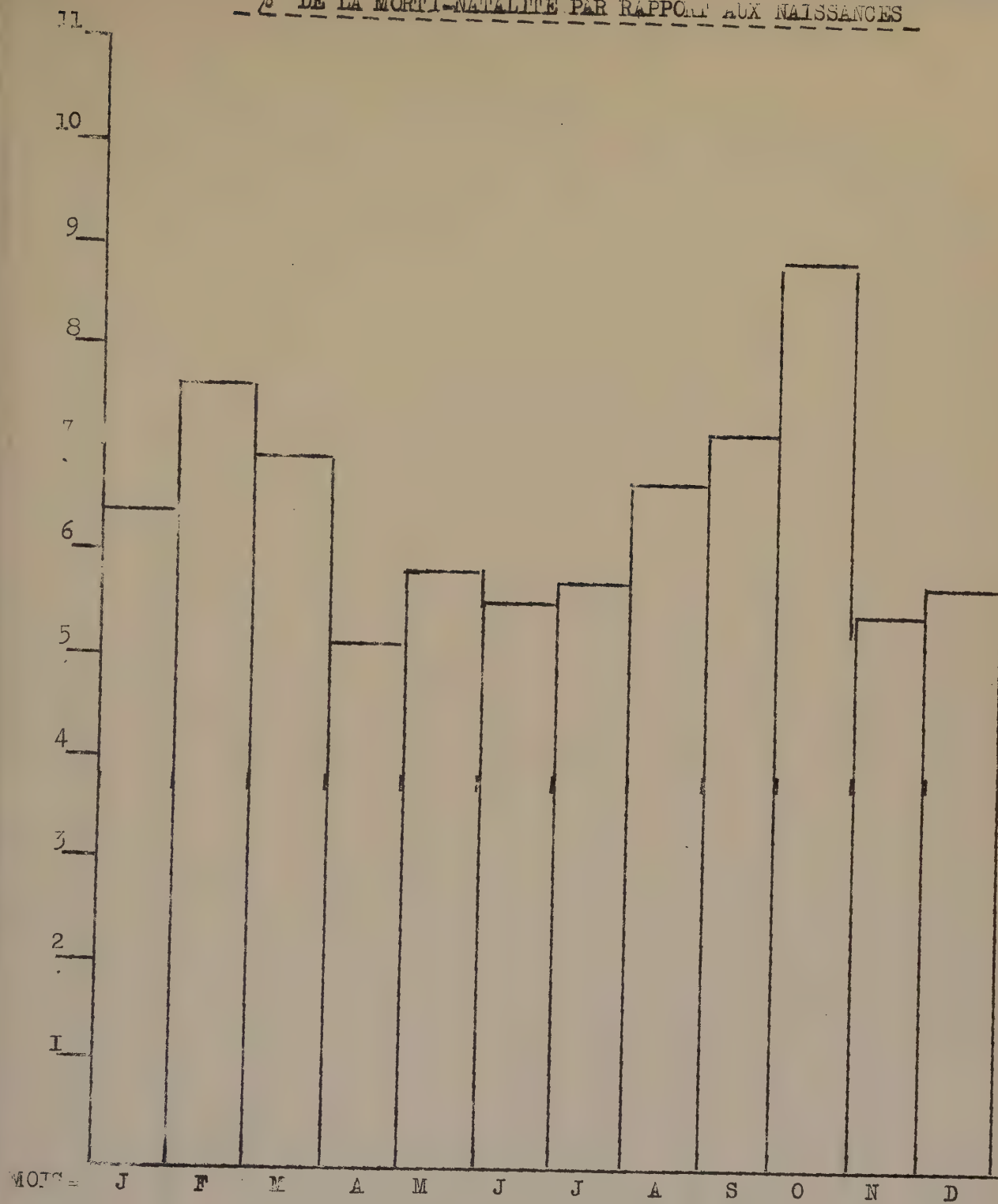


MOIS: J F M A M J J A S O N D

I 9 6 9

GRAPHIQUE II

% DE LA MORTI-NATALITE PAR RAPPORT AUX NAISSANCES



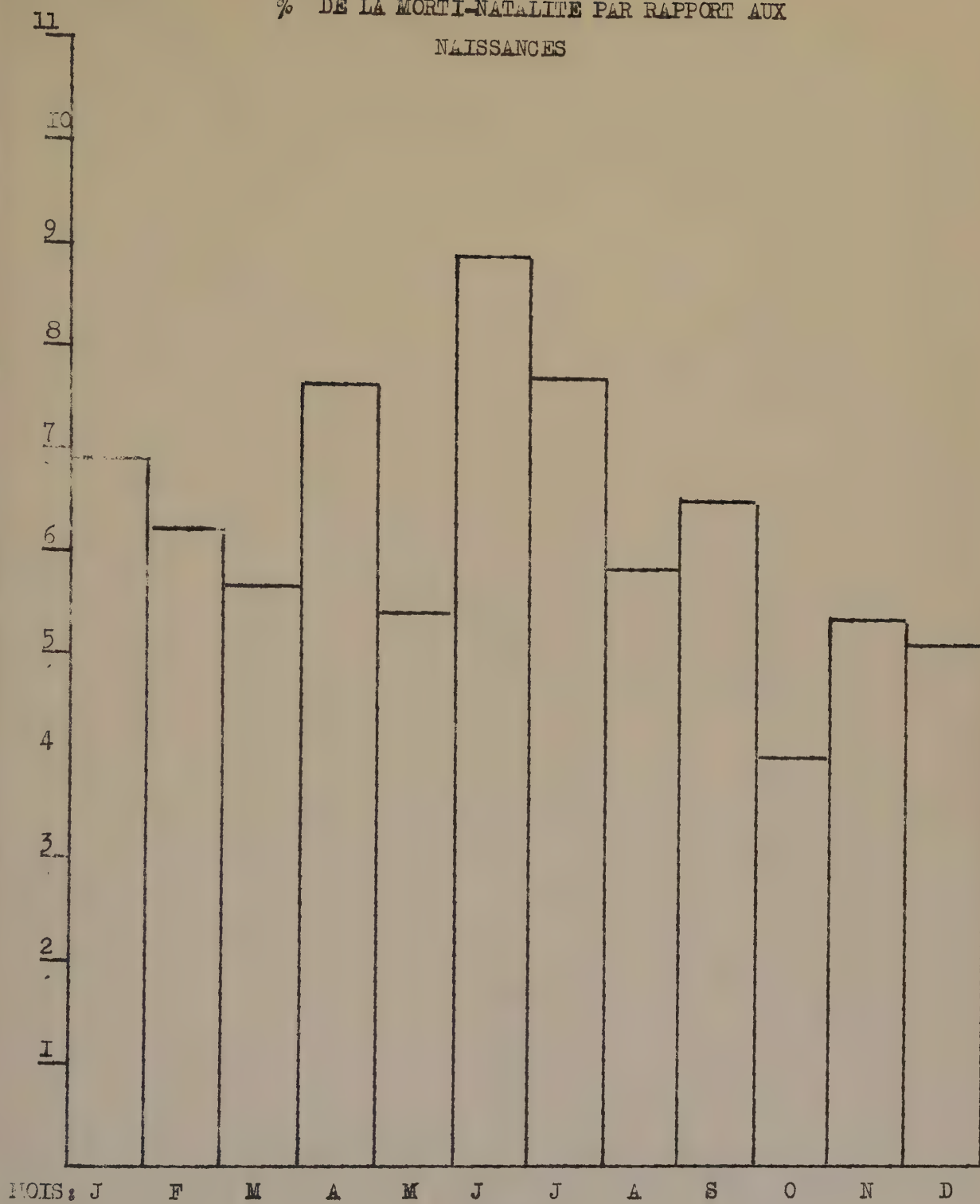
MOIS =

I 9 7 0

GRAPHIQUE III



% DE LA MORTI-NATALITE PAR RAPPORT AUX
NAISSANCES



1971

GRAPHIQUE IV

CAUSES DETERMINANTES

Nous essayerons de préciser pour les éviter, si possible, les causes déterminantes de la mortalité per-partum et celles du pré partum.

I) CAUSES DETERMINANTES DE LA MORTALITE PRE-PARTUM

Toute une série de causes peuvent intervenir pour provoquer la mort du fœtus pendant le dernier trimestre, mais dans bien des cas, l'étiologie reste indéterminée.

Dans notre étude qui a porté sur 553 cas de mortalité anté-partum, nous avons trouvé 236 cas où la cause de la mort semblait précisée, soit dans un pourcentage de 45,8% de la mortalité anté-partum.

Dans 54 cas, la cause était restée douteuse, soit dans un pourcentage de 10,4%.

Dans 225 cas la cause était restée inconnue, soit dans un pourcentage de 43,8%.

Par contre, P. MAGNIN a trouvé dans sa statistique qui a porté sur 100 morts in utero, 67 fois la cause qui semblait vraiment déterminée, 15 fois elle était probable ou douteuse, 18 fois elle était restée inconnue.

Cette nette différence entre les deux statistiques est due à l'insuffisance de l'examen clinique et à l'absence de l'examen biologique. Il est bien connu qu'une conduite prophylactique efficace exigerait une précision étiologique.

Nous avons divisé les causes de la mortalité anté-partum en deux groupes :

- le premier groupe, les causes antérieures à la grossesse
- le deuxième groupe, les causes liées à la grossesse.

Dans ce groupe, nous avons pris la classification de MM. A. BROCHIER et H. GABRIEL dans leur article de l'encyclopédie médico-chirurgicale (1956), qui distinguent :

- les causes maternelles
- les causes foetales
- les causes foeto-maternelles
- les causes ovulaires

1) Causes Antérieures à la grossesse :

Nous entendons par causes antérieures à la grossesse, les causes qui ne sont pas liées à elle, qui existaient avant, qui persistent pendant et qui ne disparaîtront pas après la grossesse.

Nos statistiques nous ont permis de dénombrer 34 cas, soit 6,14% de cas par rapport à la mortalité pré-partum.

Nous avons relevé :

- 8 cas d'hypertension artérielle
 - 18 cas de diabète
 - 5 cas de syphilis
 - 3 cas de néphrite chronique.
- Les 8 cas d'hypertension artérielle, soit un pourcentage de 1,44%, intéressaient des multipares dont l'âge dépassait 35 ans.
- Dans 6 cas, l'hypertension artérielle était connue avant la grossesse.

- dans deux cas l'hypertension artérielle a été relevée au cours du premier trimestre de la grossesse.

La tension artérielle était toujours supérieure à 18 POUR LE MAXIMUM; 2 fois, elle atteignait 23/11.

- 18 cas de diabète, soit 3,26%; 12 femmes étaient admises pour suspicion de mort in utero et c'est à l'occasion d'un examen systématique que l'Hyperglycémie a été découverte.

- 3 fois, le poids foetal dépassait 5 Kg et 10 fois il était supérieur à 4 Kg.

- Un Hydramnios est retenu dans 3 cas.

- 5 cas de syphilis, sérologiquement positifs sans lésions cutanées ou viscérales, constatés, soit 0,90%.

- 3 cas de néphrite chronique, soit un pourcentage de 0,54%

CAUSES	Nombre de cas	% par rap. au pré par tum	% par rap. aus mort-nés	% par rap. aux nais-sances
Hypertension artérielle	8	1,44%	0,57%	0,03%
Diabète	18	3,26%	1,30%	0,08%
Syphilis	5	0,90%	0,37%	0,02%
Néphrite chronique	3	0,54%	0,22%	0,01%
Totaux	34	6,14%	2,46%	0,14%

TABIEAU V .- Causes antérieures à la grossesse

2) Causes liées à la grossesse :

a) Causes maternelles

Dans ce chapitre nous étudierons uniquement les causes liées à la grossesse, les autres causes, qui préexistaient avant la grossesse étaient envisagées dans le chapitre précédent.

- Néphropathies gravidiques

La mort du fœtus, in utéro, est un accident que l'on doit toujours redouter au cours des néphropathies gravidiques, car elles occupent le premier rang par ordre de fréquence.

Ainsi Mme G. BARDONNET collige 9 cas de mortalité antépartum, ayant été provoquée par une néphropathie gravidique, sur 47 cas de mort-nés in utéro, soit 12,7% par rapport à la morti-natalité (70 cas).

Pour P. MAGNIN, dans 23% de cas, par rapport aux mort-nés pendant la grossesse.

Les néphropathies gravidiques sont en cause dans notre statistique, dans 17,14% de cas par rapport aux mort-nés pendant la grossesse, ce qui correspond à 95 cas sur 553 mort-nés in utéro.

La prédominance des primigestes est nette, puisque nous avons trouvé

- 61 cas de primigestes

- et 34 cas de plurigeste

Dans tous ces cas, nous avons trouvé une hypertension artérielle dont le maxima variait entre 16 et 22 et le mini

ma entre 10 et 14.

- dans 66 cas, l'hypertension artérielle s'accompagnait d'oedèmes et d'Albuminurie, soit un pourcentage de 69,46% de cas. Pour les 29 cas restants, nous avons trouvé uniquement une albuminurie sans oedème, soit dans 30,54% de cas
- le décollement prématuré du placenta a compliqué 20 cas, c'est-à-dire dans 21,05% de cas.
- un état d'éclampsie est retrouvé dans 13 cas, ce qui correspond à 13,68% de cas.
- l'accouchement prématuré a concerné 64 cas, soit 67,36% (Tableau VI).

Nous comprenons maintenant l'importance de la multiplication des visites prénatales obligatoires qui vont permettre de surveiller le poids et le régime, et d'instituer un régime déchloruré qui peut avoir une grande valeur prophylactique.

FORMES CLINIQUES	NOMBRE DE CAS	%
Hypertension + Albuminurie + Oedème	66	69,46%
Hypertension + Albuminurie	29	30,54%
Décollement Prématuro du placenta	20	21,05%
Eclampsie	13	13,68%
Accouchement Prématuré	64	67,36%

TABIEAU VI .- Formes cliniques de la néphropatie
gravidique

- Diabète gravidique

Nous n'avons pas eu de cas de diabète biologique qui se seraient dissipés après la grossesse. Mais des cas de mort-nés avec des signes cliniques plus ou moins nets d'un diabète gravidique (Polydypsie, Polyurie, Polyphagie), avec un contrôle post-partum qui retrouverait des chiffres de glycémie dans les limites de la normale.

- Maladies infectieuses et parasitaires

N'ont pas été retrouvées comme génératrices de mortalité dans nos dossiers.

3) CAUSES FOETALES :

Nous étudierons dans ce paragraphe les malformations foetales dont nous distinguerons :

- l'anencéphalie
- et l'hydromocéphalie

Ces malformations semblent peu souvent en cause dans la mort du fœtus, l'enfant ne succombe généralement qu'après la naissance.

Mme G. BARDONNET a relevé, sur 70 cas de morti-natalité, un cas d'anencéphalie, un cas d'Hydrocéphalie et un second cas d'hydrocéphalie dans une grossesse gémellaire où le 2^e enfant était bien constitué.

Sur 553 cas de mortalité anté-partum, nous avons relevé 7 cas de malformation soit 1,26% par rapport à la mortalité anté-partum. Ces 7 cas sont répartis comme suit :

- 3 cas d'anencéphalie soit un pourcentage de 0,54% toujours par rapport à la mortalité anté-partum, sur ces 3 cas, nous avons trouvé un cas associé avec un Hydramnios " 6 litres de liquide amniotique ".

- 3 cas d'Hydrocéphalie, soit un taux de 0,54%. Une craniotomie est pratiquée dans un cas.

- 1 cas de microcéphalie, soit un taux de 0,18%.

Il s'agit là des causes inévitables où la prophylaxie est sans succès, mais l'enfant naît parfois vivant, mais ne peut survivre que quelques heures.

C A U S E S	NOMBRE DE CAS	% par rap port au pré-par- tum	% par rap port à la morti-na- talité	% par rap port aux naissan- ces
Anencéphalie	3	0,54%	0,22%	0,013%
Hydrocéphalie	3	0,54%	0,22%	0,013%
Microcéphalie	1	0,18%	0,07%	0,004%
TOTAUX	7	1,26%	0,51%	0,03%

TABLERU VII .- Causes foetales

a) CAUSES FOETO-MATERNELLES

Parmi les causes foeto-maternelles figure l'incompatibilité sanguine Rhésus qui ne se manifeste qu'après une sensibilisation préalable à la suite de laquelle se développent les anticorps spécifiques.

Cette iso-immunisation peut se produire dans deux circonstances :

- soit au cours d'une grossesse, la mère étant RH négatif et l'enfant RH positif. L'enfant RH positif a toujours pour père un individu PH positif, Homozygote ou Hétérozygote.
- soit lorsque la femme RH négatif a reçu, à une époque quelconque de sa vie, du sang RH positif par transfusion ou Hétéro-Hémothérapie.

La distinction entre ces deux mécanismes d'immunisation est capitale, car il ne suffit pas de dépister les femmes RH négatif et de surveiller celles qui sont immunisées? MAIS aussi, il faut proscrire les transfusions et les hétéro-hémothérapies avec un sang incompatible par son facteur Rhésus.

La femme RH négatif ne doit recevoir que du sang RH négatif.

L'incompatibilité sanguine Rhésus où la mort du fœtus est due aux anticorps fournis par l'organisme maternel représente une cause importante. Elle est incriminée dans 9% de cas, par P. MAGNIN.

Madame G. BARDONNET TROUVE 3 cas d'incompatibilité san-

guine Rhésus, sur 47 cas de mortalité anté-partum.

Dans notre statistique, nous avons trouvé 35 cas d'incompatibilité sanguine Rhésus sur 553 cas de mortalité anté-partum soit 6,32%.

Les 35 mères étaient des multipares, ayant un taux d'agglutinines élevé (I/I28 et I/256).

La mort foetale étant survenue avant le 8^e mois et le poids des foetus étant inférieur à 2500 grammes, quelques exemples tirés au hasard illustreront mieux ces faits.

OBSERVATION N° I

ZO.....Kh....., 31 ans, N° de dossier 3787/70

- 7° geste, 4° pare, Hospitalisée pour incompatibilité sanguine Rhésus, grossesse de 8 mois
- 1er enfant du sexe masculin vivant
- 2° enfant du sexe féminin vivante
- 3° enfant du sexe féminin née vivante, décédée 21 jours après.
- 4° accouchement prématuré, 8 mois, mort-né
- 5° et 6°, avortements spontanés au 4° mois.
- la hauteur utérine 30 cm
- B C F inaudibles
- montée laiteuse
- groupe sanguin de la mère O Rhésus négatif
- Recherche d'anticorps immuns chez la mère
 - en milieu salin négatif
 - en milieu allumineux + I/64
 - sur hématies papainées + I/256
 - test de combs indirect + I/128
- accouchement normal, expulsion par siège complet d'un garçon mort-né macéré pesant 1600 grammes, sans anasarque.

OBSERVATION N° 2

BO....AS...., 32 ans, N° de dossier 2870/71

- 7° geste, 4° pare, hospitalisée pour suspicion de mort in utéro, grossesse de 6 mois
- 1er enfant vivant
- 2° enfant décédé à la naissance
- 3° enfant mort-né
- 4° enfant décédé 2 heures après la naissance
- 5° et 6°, avortements au 2° et 3° mois
- la hauteur utérine 23 cm
- B C F inaudibles
- absence de mouvements foetaux
- Montée laiteuse
- groupe sanguin de la mère A Rhésus négatif
- recherche d'anticorps immuns chez la mère le 4/6/71
 - en milieu salin négatif
 - en milieu allumineux + I/32
 - sur hématies papainées + I/256
 - test de Combs indirect + I/I28

L'augmentation du titre des agglutinines irrégulières anti D est nette

- 1 mois après son hospitalisation, la femme accouche par le siège une fille mort-née macérée, pesant 1450 gramme.

Nous insistons sur l'importance du dépistage des femmes Rh négatif et de la surveillance des femmes immunisées, nous demandons de proscrire les transfusion et les hétéro-hémothérapies avec un sang incompatible par son facteur Rhésus.

a) CAUSES OVULAIRES

Dans ce paragraphe, nous allons étudier successivement

- les anomalies funiculaires
- le décollement prématuré du placenta
- l'infection amniotique
- les grossesses gémellaires uni ovulaires

→ Les anomalies funiculaires (Tableau VIII)

La pathologie du cordon ombilical est variée, mais elle est dominée par les accidents susceptibles d'entra-
ver la circulation funiculaire et de mettre en danger la
vie du fœtus.

Le rôle des anomalies funiculaires et diversement ap-
précié par les auteurs.

P. MAGNIN, fait quelques réserves avant d'affirmer l'
origine funiculaire de la mort du fœtus, sous ces résér-
ves, il a admis qu'elle a pu être en cause dans 7% de cas.

Mme G. BARDONNET, a trouvé 8 cas d'anomalies funicu-
laires sur 47 mort-nés pendant la grossesse.

Ces 8 cas se répartissent comme suit

- 5 circulaires
- 1 insertion vélamenteuse
- 2 noeuds du cordon

Dans notre statistique, nous avons trouvé 25 cas d'ano-
malies funiculaires, soit un taux de 4,51% de cas par rapport aux
mort-nés pendant la grossesse.

Ces 25 cas se répartissent ainsi :

- 17 cas de circulaire du cordon, soit 3,07%
- 5 cas de noeud du cordon, soit 0,90%
- et 3 cas d'insertion vélamenteuse, soit 0,54% de cas.

C A U S E S	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP PORT AU PRE-PAR- TUM	% PAR RAP PORT A LA MORTI-NA TALITE	% PAR RAP PORT AUX NAISSAN- CES
Circulaires	17	3,07%	1,24%	0,07%
Noeud	5	0,90%	0,37%	0,02%
Insertion Velamenteuse	3	0,54%	0,22%	0,01%
Décollement prématuré ré du placenta	17	3,07%	1,24%	0,07%
Infection Amnotique	15	2,63%	1,08%	0,06%
Grossesse gémellaire	8	1,44%	0,57%	0,03%
TOTAUX	65	11,73%	4,72%	0,26%

TABLEAU VIII.- Causes ovulaires

- Décollement prématuré du placenta -

Tout au long de la gestation et au cours même de l'accouchement jusqu'à la délivrance, le placenta reste, dans les conditions normales, adhérent à l'utérus. Cela est nécessaire aux échanges entre la circulation maternelle et la foetale

Tout décollement se faisant avant la délivrance est prématuré. Le décollement prématuré du placenta peut se produire au début de la gestation et être en cause d'avortement.

On réserve cependant la dénomination de décollement prématuré du placenta à un syndrome anatomo-clinique qui survient en fin de gestation ou au cours du travail. On distingue en outre ces décollements prématurés de ceux qui surviennent dans les cas de placenta proevia, et pour cela on précise qu'il s'agit de placenta normalement inséré.

En prenant en considération cette définition et en retenant uniquement les décollements prématurés du placenta dits primitifs de cause mal élucidée.

- nous avons trouvé, sur les 553 cas de mortalité anté-partum, 16 cas de décollement prématuré du placenta, soit un pourcentage de 3,07% de cas par rapport aux mort-nés pendant la grossesse.

- par contre, pour P. MAGNIN, le décollement prématuré du placenta est responsable de 10% de

cas de la mort foetale in utéro.

G. BARDONNET, trouve 3 cas de décollement prématuré du placenta, sur 47 mort-in utéro.

- Infection amniotique -

Sur 553 cas de mortalité anté-partum, nous signalons 15 cas d'infection amniotique, soit un pourcentage de 2,71%.

- Grossesse gémellaire -

Dans 8 cas, une grossesse gémellaire est retenue comme cause de la mort foetale in utéro. C'est une grossesse gémellaire monozygotique.

« 6 cas où l'un des deux foetus est mort, l'autre nait vivant, dans les deux cas restants, les deux foetus naissent morts.

Ces 8 cas représentent 1,44% de cas par rapport aux mort-nés pendant la grossesse.

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP- PORT AU PRE PARTUM	% PAR RAP- PORT A LA MORTI-NATA LITE	% PAR RAPPORT AUX NAISSAN- CES
maternelles	95	17,14%	6,87%	0,42%
proto-maternelles	35	6,32%	2,53%	0,11%
généralisées	65	11,73%	4,72%	0,26%
embryotales	7	1,26%	0,51%	0,03%
Totaux	202	36,45%	14,63%	0,82%

TABLEAU VIII.-- Causes liées à la grossesse

II) CAUSES DETERMINANTES DE LA MORTALITE PERIPARTUM

L'examen clinique de la parturiente, en tout début de travail, met en évidence les bruits du coeur foetal, puis ces bruits cardiaques disparaissent ou l'enfant n'a plus de battements à la naissance : c'est bien pendant le travail que l'enfant a décédé.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette mortalité per-partum :

- le traumatisme obstétrical rencontré dans certaines opérations d'extraction foetale, pratiquées avec une mauvaise technique ou sur de mauvaises indications.
- l'acidose métabolique consécutive à la production d'acide lactique.

Ainsi une contraction utérine anormale (hypercénésie, hypertonie) provoque une production exagérée d'acide lactique qui peut tuer un enfant sain et de mère saine.

De la même manière, une contraction utérine normale provoque une production peu importante d'acide lactique qui peut tuer un foetus fragilisé pendant la gestation par un état toxhémique de quelque origine, de quelque nature qu'il soit.

- l'acidose gazeuze consécutive à un arrêt subit de la circulation sanguine; d'où un arrêt de l'oxygénation et surcharge en acide carbonique, c'est le cas de la compression d'un placenta proevia, d'un cordon procident ou du décollement prématuré du placenta. C :

est l'acidose gazeuse qui tue le foetus dans ces cas.

Dans notre étude qui a porté sur 715 cas de mortalité intra-partum, nous avons trouvé 665 cas où la cause de la mort foetale pendant le travail semblait précisée, soit dans un pourcentage de 93% des cas.

Dans 50 cas la cause était restée inconnue, soit 7% de cas.

Mme G. BARCINNET a trouvé, dans sa statistique qui a porté sur 23 cas de mortalité intra-partum, 20 fois la cause semblait vraiment déterminée et 3 fois elle était restée inconnue.

Ces étiologies seront réparties de la façon suivante:

- Causes maternelles
- Causes foetales
- Causes foeto-maternelles
- Causes ovulaires
- Responsabilité médicale .

I) CAUSES MATERNELLES

Sur 715 mort-nés per-partum, 184 fois la cause était maternelle, soit 25,73% de cas par rapport à la mortalité per-partum, 13,32% de cas par rapport à la morti-natalité.

Le fœtus, chez une mère atteinte d'une maladie présumée cause de la morti-natalité, succombe pendant un accouchement normal parcequ'il a été fragilisé pendant le déroulement de la gestation.

Ainsi nous avons trouvé 28 cas, soit 3,88% de cas. Ils sont répartis comme suit : (Tableau IX) :

- 5 cas de pneumopathie aigue, soit 0,70% de cas, Les 5 mères présentaient une température supérieure à 39°C avec une symptomatologie clinique et radiologique évidente, mais nous n'avons pas pu retrouver l'examen Bactériologique.
- 11 cas d'ictère évoqué cliniquement, confirmé biologiquement, ce qui représente un pourcentage de 1,54%.
1 fois, il était d'origine tithiasique, 4 fois, d'origine infectieuse et 6 fois, il s'agissait d'un ictère récidivant de la grossesse.
- 5 cas de cardiopathie décompensée, soit 0,69% de cas traités en cardiologie et évacués au moment de l'accouchement.
- Une glycémie supérieure à 2 g a été retrouvée dans 7 cas, soit 0,98%. 5 fois le poids foetal dépassait

4 Kg et 2 fois il était inférieur.

Un foetus sain chez une mère saine peut souffrir et mourrir pendant le travail (anomalie mécanique ou physiologique du travail).

C'est la deuxième modalité de souffrance foetale et de mort-natalité per-partum.

Nous avons relevé 156 cas, soit 21,77% de cas par rapport à la mortalité per-partum, qui se répartissent ainsi : (Tableau X)

- la rupture utérine dans 17 cas. Elle s'est produite d'une façon spontanée, chez des gestantes évacuées pour une hémorragie très importante. L'intervention a été pratiquée dans tous les cas.
 - La malformation utérine est rencontrée dans 9 cas, soit 1,26% de cas, découverte au cours de la révision utérine.
 - 18 fois des bassins limites étaient incriminés, soit 2,52% de cas.
- Un forceps a été pratiqué dans 12 cas, dont 8 gestantes présentaient un syndrome de pré-rupture et 4 dilata-tions stationnaires; Une craniotomie rachidienne a été pratiquée dans 6 cas.
- Une hémorragie du dernier trimestre a été retrouvée dans 97 cas, soit 13,56% de cas.

- Dans 20 cas, aucune étiologie n'a pu être décelée.

- Dans 77 cas, nous avons trouvé un hématome rétro-placentaire (avec albuminurie isolée sans

hypertension artérielle dans 20 cas).

- 15 cas de dystocie dynamique (2,09%).

- 2 fois, une révision utérine, pratiquée pour une hémorragie de la délivrance, a révélé un fibrome siégeant au niveau de l'isthme et la face antérieure du corps utérin.

- dans les autres cas

- 3 fois, la césarienne a été pratiquée pour souffrance fœtale.

- 8 fois, il y a eu application de forceps.

- 2 fois, application de ventouse.

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP PORT AU PER-PAR- TUM	% PAR RAP PORT AUX MORT-NES	% PAR RAP PORT AUX NAISSAN CES
Diabète	7	0,97%	0,38%	0,03%
Ictère	11	1,53%	0,79%	0,06%
Cardiopathie	5	0,69%	0,36%	0,02%
Pneumopathie	5	0,69%	0,36%	0,02%
T O T A U X	28	3,88%	1,89%	0,13%

TABLERU IX.- Causes pendant la grossesse

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP- PORT AU PER-PAR- TUM	% PAR RAP- PORT AUX MORT-NES	% PAR RAP- PORT AUX NAISSANCES
RUPTURE UTERINE	17	2,31%	1,23%	0,07%
MALFORMATION UTERINE	9	1,25%	0,65%	0,04%
BASSIN LIMITE	18	2,51%	1,30%	0,08%
DYSTOCIE DYNAMIQUE	15	2,00%	1,08%	0,07%
H R P	77	10,76%	5,56%	0,35%
HEMORRAGIE DIVERSE	20	2,79%	1,44%	0,09%
TOTAUX	156	21,77%	11,26%	0,70%

TABEAU X. - CAUSES PENDANT LE TRAVAIL

CAUSES FOETALES :

Elles sont retrouvées dans plus d'un quart des cas. 190 sur 715 mort-nés (soit 26,57% par rapport à la mortalité per-partum, et 13,81% par rapport à la morti-natalité en général).

On en distingue deux variétés :

- d'une part, les malformations foetales
- d'autre part, les présentations anormales.

a) Malformations foetales

Bien que les malformations foetales peuvent entraîner la mort de l'enfant peu après la naissance, elles peuvent aussi être cause de la mortalité foetale pendant la grossesse et surtout pendant le travail.

Ainsi dans notre statistique, elles ont provoqué la mort de 55 foetus pendant le travail dont

- 35 cas d'anencéphalie, soit 3,23% de cas.
- 11 cas d'Hydrocéphalie, soit 1,53% de cas.

Une craniotomie a été pratiquée dans 9 cas.

- 6 cas de microcéphalie, soit 0,85%.
- le spina-Bifida a été retrouvé dans 7 cas, soit 0,97% de cas.
- des malformations multiples ont intéressé 8 cas, soit 1,11% de cas (Tableau XI).

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP- PORT AU PER-PAR- TUM	% PAR RAP- PORT AUX MORT-NES	% PAR RAP- PORT AUX NAISSANCES
ANENCEPHALIE	23	3,23%	1,66%	0,106%
HYDROCEPHALIE	11	1,53%	0,79%	0,048%
MICROCEPHALIE	6	0,85%	0,43%	0,027%
SPINA-BIFIDA	7	0,97%	0,50%	0,031%
MALFORMATION MULTIPLE	8	1,11%	0,57%	0,035%
TOTAUX	55	7,69%	3,95%	0,247%

TABLEAU XI. - CAUSES FOETALES (MALFORMATIONS)

b) Présentations anormales

Elles semblent être la cause principale de mortalité (135 cas, soit 18,88% de cas par rapport à la mortalité per-partum).

- la présentation du siège avec rétention tête dernière était retrouvée dans 57 cas, soit 7,98%.
- pour la présentation transversse, elle était en cause 45 fois, soit 6,30% de cas.
- l'épaule négligée intéressait 17 gestantes qui arrivaient à un stade avancé du travail. Ce qui représente 2,37% de cas.
- 6 fois, une présentation de la face a été incriminée, soit 0,85%.
- 2 Bregma , soit 0,27% de cas.
- dans 8 cas, nous avons noté une procidence ou latérocidence des membres, soit 1,11% de cas (Tableau XII).

CAUSES FOETO-MATERNELLES

15 fois, l'incompatibilité sanguine Rhésus était génératrice de la mort foetale pendant le travail, soit 2,23% de cas.

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP- PORT AU PER-PAR- TUM	% PAR RAP- PORT AUX MORT-NES	% PAR RAP- PORT AUX NAISSANCES
ÉPAULE NEGLIGÉE	17	2,37%	1,23%	0,075%
PRÉSENTATION TRAVERSE	45	6,30%	3,25%	0,202%
SIÈGE AVEC RETEN- TION TÊTE DERNIÈ- RE	57	7,98%	4,24%	0,256%
BREGMA	2	0,27%	0,14%	0,009%
FACE	6	0,85%	0,43%	0,027%
PROCIDENCE OU LATEROCIDENCE DES MEMBRES	8	1,11%	0,57%	0,035%
TOTAUX	135	18,88%	9,86%	0,604%

TABLERU XII.- CAUSES FORTALES (PRÉSENTATIONS ANORMALES)

CAUSES OVULAIRES

Elles comprennent :

- les anomalies funiculaires
- les anomalies placentaires
- les grossesses gémellaires
- les Hydramnios

Dans 23 cas de mortalité intra-partum, BARDONNET a réparti les 11 cas qu'elle a trouvé en :

- 5 cas d'anomalie funiculaire (3 procidences du cordon, 1 circulaire et 1 briéveté du cordon).
- 4 anomalies placentaires (2 placenta proevia, 2 altérations vasculaires révélées par l'anatomo-pathologie.

Dans notre étude, nous avons compté 246 cas où la cause était ovulaire, soit 34,41% de cas par rapport à la mortalité intra-partum dont :

- 152 cas d'anomalie funiculaire soit 21,26% de cas, la procidence du cordon est rencontrée dans 140 cas, soit 19,58%, 7 circulaires, soit 0,98% de cas et 5 briévetés, soit 0,70% de cas.
- 76 cas d'anomalie placentaire, c'est-à-dire 76 cas de placenta-proevia, soit 10,63% de cas.
- 9 grossesses gémellaires, biovulaires avec mort des deux foetus, par contre, BARDONNET trouve 1 cas par rapport à 23 cas.
- 9 cas d'hydramnios aigue où le volume de liquide amniotique dépassait 4 litres pour atteindre

CAUSES	NOMBRE DE CAS	% PAR RAP- PORT AU PER-PAR- TUM	% PAR RAP- PORT AUX MORT-NES	% PAR RAP- PORT AUX NAISSANCES
CIRCULAIRE	7	0,98%	0,51%	0,031%
BRIEVETE	5	0,70%	0,37%	0,022%
HYDRAMNIOS	9	1,26%	0,65%	0,045%
GROSSESSE GEMELLAIRE	9	1,26%	0,65%	0,045%
PROCIDENCE DU CORDON	149	19,58%	10,13%	0,630%
PLACENTA-PROEVIA	76	10,63%	5,49%	0,341%
TOTAUX	246	34,41%	17,80%	1,114%

TABIEAU XIII.- CAUSES OVULAIRES

dans un seul cas 14 litres. Ces 9 cas correspondent à 1,26% de cas (Tableau XIII).

RESPONSABILITE MEDICALE

Le sort de l'enfant se joue in utéro, son devenir est fonction de son passé, de son âge utérine, de ses conditions de vie in utéro : c'est dire l'importance de la surveillance médicale de la femme enceinte.

Malheureusement, il existe encore des cas de mort foetale où la responsabilité médicale est engagée. Ainsi nous avons relevé 30 cas de mort foetale, soit 4,19% de cas par rapport au per-partum.

- 14 cas de mort foetale dûs à l'usage inconsidéré des ocytociques des antispasmodiques et des analgésiques.

- 7 cas dûs à l'insuffisance quantitative de l'équipe de garde.

- 9 cas de traitement inadapté.

Nous illustrerons ces cas par des observations.

OBSERVATION N° I

Mme MA.... Fa...., 20 ans, N° du dossier 2700/70

-- primigeste, nullipare, admise le 12/6/70 pour grossesse à terme en début de travail.

-- examen

-- H. U. 32 cm

-- C. U pargues

-- B C F bons

-- Col mince dilaté à I - 2 cm.

-- P D E rompue, albumine 0, température 37°c2

-- T A 12/7

-- Médicaments reçus

-- 1e 12/6/70

-- à 9 h 30 Spasfon I amp.

-- 10 h 25 valium I amp.

-- 11 h 30 valium I amp.

-- 19 h 20 Spartéïne 20 cg.

-- 1e 13/6/70

-- à 3 h 30 Syntocinon 5 U

Buscopan I amp.

-- 7 h 15 Spasmalgine I amp.

-- 8 h 30 Palérol I amp.

Spartéïne 10 cg.

-- 9 h 30 Palérol 3 amp.

Syntocinon 2 U

-- 11 h 30 expulsion en S I d'un garçon mort
né pesant 3 Kg 800.

OBSERVATION N° 2

Mme HA... MA..., 30 ans, N° du dossier ?

- 2 geste, primipare admise le 2/10/71 pour grossesse à terme et Hémorragie

- le 2/10/71

- H U 31 cm

- C U faibles

- B C F bons

- Col perméable au doigt

- Membrane intacte

- Doigtier ramène du sang

- T A 14/8, Albumine 0, groupe A Rh positif

Baralgin I amp.

- le 4/10/71

elle ne saigne plus

- le 5/10/71

perte de connaissance et hémorragie ++

- 12/10/71 Spasfon 2 amp.

- 21/10/71

- perte d'eau (Liquide amniotique claire)

- C U faibles

- Col dévié à gauche, dilaté à 2 cm, à son centre un fragment placentaire irrégulier.

- B C F + et présentation haute, mobilisée

- conduite à tenir (Médecin traitant) déclancher le travail (5 U de Syntocinon) sinon voie

haute.

-- 22/10/71 Spartéïne IO U

- 23/10/71 B C F [^] négatif, expulsion en O P d'une
fille mort-née pesant 3 Kg 030.

OBSERVATION N° 3

Mme BE... G..., 42 ans, N° du dossier 214/71

- I3 geste et I2° pare, admise pour grossesse à terme, en travail avec procidence du cordon qui battait et procidence d'une main.
- Examen
 - H U 30 cm
 - C U bonnes
 - B C F bons
 - Présentation céphalique avec procidence du cordon qui battait et d'une main.
 - P D E rompue
- Le Médecin était appelé à 19 h (occupé au bloc).
A 20 h le cordon ne bat plus.
- Qu'est-ce qu'on peut faire lorsque le chirurgien est occupé au bloc et un cas pareil se présente?

IV



R O P H Y L A X I E

En dehors des progrès que l'on peut atteindre dans le domaine du traitement curateur des affections maternelles, il faut, surtout et avant tout faire grande la place de la prévention de la souffrance foetale.

Dans ce domaine bien des choses seraient à dire, mais dans le cadre de cette thèse, nous ne voulons retenir que les seules mesures de prophylaxie médico-sociale.

Dans le domaine médico-social, il faut obtenir la collaboration des pouvoirs publics et la collaboration des gestantes. Pour obtenir la collaboration des pouvoirs publics il faut d'une part, porter les faits à leur connaissance et d'autre part, leur suggérer des mesures susceptibles d'améliorer la situation présente. C'est ainsi qu'à ALGER, nous souhaitons :

- la multiplication des consultations prénatales, ces précieux centres de dépistage des dystocies et dysgravidies diverses, qui sont aussi de très utiles centres d'éducation des mères.
- la multiplication des visites prénatales obligatoires.
- l'attribution, aux services d'obstétrique, des moyens modernes de diagnostic précoce et tempestif de la souffrance foetale débutante et réversible.
- l'amélioration du standard de vie des gestantes en exigeant d'elles d'autant que de leurs employeurs le respect absolu du congé prénatal.

Pour obtenir la collaboration des mères et aussi des futures mères, il conviendrait de les éclairer, de les éduquer.

Il faut que le public sache que la naissance est un cap dangeureux.

Le taux de la morti-natalité aurait pu être abaissé si les mères étaient venues à l'Hôpital avant le stade de complications

Il faut que le public sache que le sort de l'enfant se joue in utéro, que son devenir est fonction de son passé, de son âge utérine, de ses conditions de vie in utéro.

Il faut que le public sache que les obligations créées par la Sécurité Soziale, les visites prénatales ne sont pas de gratuites brimades, mais d'utiles assurances sur la vie, qu'elles sont faites pour dépister et prévenir les maux qui menacent les mères et les enfants.

Dans ce but, il serait souhaitable qu'une propagande audio-visuelle (Cinéma - Télévision) fut menée en faveur de l'hygiène de la grossesse.

V

CONCLUSION

Par mort-natalité, nous entendons les décès de foetus survenus survenus en cours de gestation (pré-partum) ou en cours de travail (per-partum).

D'après notre travail qui porte sur trois années du premier Janvier 1969 au premier Janvier 1972, il y a eu 22.199 naissances à la maternité de Mustapha, par-mis lesquelles 1382 mort-nés.

Nous avons exclu de ce travail tous les cas de mortalité néo-natale, même lorsque l'enfant est mort dans les premières minutes de la vie extra-utérine, au cours des tentatives de réanimation.

Ces cas entrent en effet dans le cadre de la mortalité néo-natale et font l'objet d'un travail de Monsieur MEFOUED portant sur la même période de trois années d'activité dans le même service. Il relève tous les cas de mortalité post-natale que celle-ci interviennent très tôt, dès la naissance ou plus tard au cours du premier mois.

I) Nos statistiques permettent de constater que 6,22% des foetus viables meurent in-utéro.

Ce qui est considérable par rapport aux chiffres retenus dans les Centres Universitaires Européens (1,03%) d'après la thèse de BARDONNET en 1966.

Ces chiffres restent également supérieurs à ceux relevés dans les maternités de l'intérieur du Pays.

En effet, la statistique couvrant la même période pour l'Hôpital de BOUFARIK où nous avons exercé pendant ces dernières années fait apparaître une mortalité de 3,2% (148 mort-nés pour

4621 accouchements pour la même période du début 1969 à fin 1971).

Ce fait apparaît paradoxal, mais il est explicable. Ces Hôpitaux traitent des accouchements normaux. Dès que le travail se complique ou se prolonge, il est évacué sur la maternité de Mustapha qui hérite de tous ces cas. fortement Hypothésés.

Voilà une première conclusion.

II) Nous constatons par ailleurs que, grosso-modo, dans 40% des cas, le fœtus a succombé pendant la gestation, alors que dans 60% des cas le décès survient au cours de parturition.

a) l'analyse des cas de mortalité dans le pré-partum nous a permis de dresser un tableau des différentes causes présumées de mortalité fœtale = parmi celles-ci nous notons une prédominance des malformations fœtales graves et des grossesses compliquées d'ictère ou d'incompatibilité foeto-maternelles

b) pour la mortalité per-partum, on a systématiquement incriminer des facteurs mécaniques ou chimiques du travail.

D'une part, c'est le traumatisme que l'on dénonce dans les applications des forceps pratiqués pour extraire un enfant qui marque des signes de souffrance. On recherche la responsabilité de l'accoucheur !

D'autres auteurs ont voulu voir dans l'acidose consécutive à la contraction utérine normale la raison de certains décès. Les travaux de laboratoire ont montré que dans les cas d'un travail normal, la baisse peu importante du P H ne pouvait être maléfique pour le fœtus normal.

Sur un enfant sain, en effet, la contraction utérine nor-

male est bien supportée car la teneur en oxygène est suffisante dans la chambre intervilleuse. La capacité de celle-ci peut faire face aux besoins de la contraction utérine normale.

Par contre, quand le fœtus a été fragilisé pendant la gestation par un état toxémique de quelque origine et de quelque nature qu'il soit, il continue à souffrir pendant le travail d'accouchement.

L'intoxication (dûe à l'acidose) se prolonge pendant la parturition puisque l'environnement pathologique de la mère demeure le même.

- Aggravé par la contraction utérine (c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase).

- Aggravé par la prématurité habituelle dans ces cas de maladies gravidiques.

A l'opposé, un enfant sain, chez une mère saine, en bute à une contraction utérine anormale (hypercinésie, Hypertonie) peut souffrir et mourir in-utéro. La cause en est à l'acidose provoquée par la contraction utérine viciée.

L'interruption mécanique de la circulation sanguine foeto-placentaire (compression d'un placenta proevia, compression d'un cordon procident., dissection du cordon, décollement du placenta ...) constitue une autre modalité de souffrance foetale causée par l'arrêt subit de la circulation sanguine, arrêt de l'oxygénation, surcharge en acide carbonique, c'est le 2° type d'acidose.

Ainsi, les causes mortinatalité sont multiples pendant la gravido-puerpéralité, mais dans l'ensemble une prophylaxie bien

conduite permettrait de les réduire au minimum. Cette prophylaxie doit se situer nottament à deux niveaux :

1°) la surveillance de la grossesse qui doit devenir obligatoire en vue de détecter les états de souffrance, lesquels peuvent être évités quand il existe une pathologie maternelle associée.

2°) l'installation d'une infrastructure obstétricale suffisante au travers de tout le territoire susceptible d'offrir à la femme Algérienne la garantie d'un accouchement pratiqué dans les meilleures conditions de temps avant l'apparition des complications.

La maternité de Mustapha ne serait plus envahie par ces candidates à la mort. Elle pourra faire l'effort qui ramènerait ce taux effrayant de 6,22% de morti-natalité à celui combien plus raisonnable des pays organisés et revenir à une vocation première de traiter pour prévenir et d'orienter.

VI

B I B L I O G R A P H I E

- 1) ALISON F.- EVOLUTION EN FRANCE DE LA MORTALITE MATERNELLE ET DE LA MORTALITE PERI-NATALE - REV. HYG. MDE. SOC., DEC. 1962, 10, N° 7, 677, 682.
- 2) BONAFOS M. et COLL.- POURQUOI MEURENT TOUS CES NOUVEAU-NES - MED. D'AFRIQUE NOIRE, NOV. 1968, N° 11, 447, 449.
- 3) BARDONNET G.- THESE DE LYON 1966.
- 4) BEICHERN A. et COLL.- INCIDENCE DE LA GROSSESSE PROLONGEE.- AM.J. OBST. GYN., 15 FEV. 1969, 103 - N° 4, 476, 482.
- 5) BURGER et COLL.- A PROPOS DU PROBLEME "TOXOPLASMOSE ET GROSSESSE" GYN. OBST., 1964, 63, N° 5, 613, 620.
- 6) CALDEYRO - BARCIAR et COLL.- LES EFFETS DES CONTRACTIONS UTERINES ANORMALES SUR LE FOETUS,- PROBLEMES ACTUELS DE PEDIATRIE, 1963, 8 267, 295.
- 7) CHASSON J.- GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES OBESES - GYN. OBST. JANV. MARS 1964, 63, N° 1, 13, 28.
- 8) CHASSON J. et COLL.- LE PRONOSTIC FOETAL DANS LES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES - BULL. FED. SOC. GYN. OBST. 1964, 16, N° 3, 337.
- 9) CSAPO A. I. et COLL.- LA MORT FOETALE IN UTERO - AM. J. GYN. OBST. 1er DEC. 1963, 87, N° 7, 892, 905.
- 10) DESTAING F.- LA LISTERIOSE.- PRESS. MED. JUIN 1963. 71, N° 31, 1356, 1358.
- 11) DRUPS et COLL.- DECLANCHEMENT DU TRAVAIL EN CAS DE RETENTION.- BULL. SOC. ROY. BELGE - GYN. OBST. 1er OCT. 1949.
- 12) GARES.- ANEMIE ET GROSSESSE.- MATERNITE, NOV. 1964.
- 13) GRATAUDOUR C. (Mme).- CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MORT IN UTERO

AU COURS DES ISO-IMMUNISATIONS ANTI RHESUS.- THESE PARIS 1963.

14) GSELL H. et COLL.- LA CYTOLOGIE VAGINALE DANS LA GROSSESSE PROLONGEE.- BULL. FED. SOC. GYN. OBST., 1957, N° I bis, 122, 129.

15) JAYLE.- HORMONOLOGIE DE LA GROSSESSE HUMAINE.- GAUTHIER-VILLARS. EDIT. PARIS.

16) LACOMME.- PRACTIQUE OBSTETRICALE.- MASSON, EDIT. PARIS 1960.

17) LACOMME et LEVIN.- SUR LA MORTALITE PERI-NATALE.- MATERNITE, JANV. 1961.

18) LELONG.- LA MORTALITE PERINATALE - MATERNITE, JANV. 1961.

19) MAGNIN P. et COLL.- PRECIS D'OBSTETRIQUE. GROSSESSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.- BAILLIERE, EDIT. 1970.

20) MAHON R. et COLL.- LE PRONOSTIC FOETAL AU COURS DES DYSGRAVIDIES REV. FRANCE - GYN. OBST., DEC. 1963, 58, N° 12, 777, 786.- BULL. FED. SOC. GYN. OBST. JUIL. AOUT 1964, 16, N° 3, 354, 358.

21) MERGER.- RETENTION D'OBSTETRIQUE.- MASSON, EDIT. 3, PARIS 1961.

22) MERZ W. R. et COLL.- L'INFLUENCE DE LA CONTRACTION UTERINE SUR L'ENFANT- BULL. FED. SOC. GYN. OBST. LANGUE FRANÇ., 1965, 17, I bis, 193, 234.

23) MONNIN et MALINAS.- MORTALITE PERINATALE.- MATERNITE, JUIN 1965.

24) MORTALITE FOETO-INFANTILE EN 1964 - BULL. I.N.S.E.R.M., 1965, 20, N° 4, 355.

25) MULLER.- RETENTION DU FOETUS MORT IN UTERO.- MATERNITE, MARS 1960.

26) PALLIEZ R. et COLL.- L'INTERET DE LA SURVEILLANCE DANS L'ASSOCIATION DIABETE ET GROSSESSE.- GYN. OBST., 1965, 64, N° 3, 415, 428

27) PIGEAUD et DURS M.- INFLUENCE DES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES ESSENTIELLES SUR LA MORTALITE DU FOETUS ET LA VIE DU NOUVEAU-NE.-

GYN. OBST., JUIL., SEPT. 1961, 60, N° 4, 390, 407.

- 28) PORTES et COLL.- LE DECLANCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL AU COURS DE RETENTION DE FOETUS MORT IN UTERO.- GYN. OBST., 1947, 46, N° 5, 579, 581.
- 29) RENIER M. et COLL.- CONSIDERATION SUR LA MORTALITE PERINATALE D'ORIGINE OBSIDURE.- BULL. SOC. ROY. BELGE, GYN. OBST. 1963, N° 1, 9, 21.
- 30) RIVIER M. et COLL.- 200 CAS D'HEMORRAGIE PAR INSERTION BASSE. PRONOSTIC FOETAL ET MATERNEL.- BULL. FED. SOC. GYN. OBST., FRANC. 1958, 10, 182.
- 31) RIVIER M. et COLL.- EQUILIBRE DU DIABETE ET SORT DE L'OEUF.- REV. FRANC. GYN. OBST., NOV. 1964, 59, N° 11, 653, 664.
- 32) RUSSEL C.S. et COLL.- THE TREATMENT OF HYDRAMNIOS COMPLICATED BY ANENCEPHALY.- J. OBST. GYN. BRIT. EMP., OCT. 1954, 61, N° 5, 610, 613.
- 33) SALLING E.- L'ACTION DE L'INHALATION D'OXYGENE DE LA MERE SUR LES GAZ DU SANG ET L'EQUILIBRE ACIDE-BASE DU FOETUS.- GEBURTSH. U. FRAUENHEILK, JUIN 1963, 23, N° 6, 528, 538.
- 34) SCUMIREU - MOURAT J.- LA PLACE ACTUELLE DE LA SYPHILIS EN PATHOLOGIE OBSTETRICALE.- REV. GYN. OBST., DEC. 1963, 58, N° 12, 807, 817.
- 35) TOULOUSE, DUBOIS J. et ARDOUIN M.- LA TENSION ARTERIELLE DIASTOLIQUE DANS L'HYPERTENSION DE LA GROSSESSE.- GYN. OBST. 1952, 51, 377, 388.
- 36) TOULOUSE et COLL.- A PROPOS DES ANEMIES GRAVES DE LA GROSSESSE.

REV. FRANCO. GYN. OBST., MARS 1959, 54, N°3, 183, 194.

37) WILKIN.- PATHOLOGIE DU PLACENTA.

38) YOUNG R. L.- ABNORMAL PRESENTATIONS AMONG MALFORMED INFANTS.- AM.

J. OBST. GYN. 1946, 52, 419.

TA B L E DES MAT I E R E S

=====

I .- INTRODUCTION	PAGE	1
II .- MATERIEL D'ETUDE	"	4
III.- EPIOLOGIE	"	7
IV .- PROPHYLAXIE	"	62
V .- CONCLUSION	"	65
VI .- BIBLIOGRAPHIE	"	70

